

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR LE

N° 208

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gisèle CARNOY

Née à Paris, le 1^{er} Avril 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Mobilité de la région cæco-appendiculaire

et des points douloureux de la fosse iliaque droite

par l'exploration radiologique du cæcum en position renversée

(dite de Trendelenburg)

Président de Thèse : P. CARNOT, Professeur

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gisèle CARNOY

Née à Paris, le 1^{er} Avril 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**Mobilité de la région cæco-appendiculaire
et des points douloureux de la fosse iliaque droite
par l'exploration radiologique du cæcum en position renversée
(dite de Trendelenburg)**

Président de Thèse : P. CARNOT, Professeur

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	N..
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N..
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique de la Tuberculose	TEISSIER.
	Léon BERNARD.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphillographie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Éducation physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage de mon infinie recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL JACQUET

Médecin des Hôpitaux

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses précieux conseils.
En témoignage de ma profonde re-
connaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE

Chirurgien des Hôpitaux

En souvenir de l'excellent enseignement qu'il m'a donné durant les quelques mois que j'ai passé à sa consultation de l'Hôpital Laënnec.

En témoignage de mon profond dévouement et de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELBET
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET
MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-SOLAL
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

INTRODUCTION

Nous avons eu à différentes reprises l'occasion d'examiner à l'écran, des malades que nous suspicions d'appendicite, ou encore certains, chez lesquels nous désirions simplement explorer la région cæco-appendiculaire. Nous avons été frappés par l'avantage qu'il y a, bien souvent, à pratiquer cet examen le sujet étant mis en position renversée.

Le malade couché sur le dos, est basculé en position déclive, comme on le fait au cours d'une opération gynécologique. La méthode n'est certes pas nouvelle.

Le dispositif à réaliser pour cet examen est d'ordinaire des plus simples. Une table d'examen horizontale, munie d'un chevalet suffit.

Depuis quelque temps, d'ailleurs, il existe des appareils perfectionnés, susceptibles de basculer en bloc au-delà de l'horizontale.

En pratique, nous avons eu habituellement recours à des moyens de fortune : le malade étant couché sur une table horizontale, dans le décubitus dorsal, on lui soulève le siège d'une trentaine de centimètres, par le moyen d'une pile d'oreillers ou de coussins durs.

Ce dispositif de fortune, qui est facilement réalisable,

présente un autre avantage intéressant. Par suite du soulèvement du siège, un mouvement de déflexion du pelvis en avant se produit, et cela atténue, dans une certaine mesure, l'ensellure lombaire physiologique, diminue d'autant la profondeur relative de l'excavation sacrée, et enfin, facilite en l'amorçant, l'ascension du cæcum.

L'exploration radiologique du cæcum ainsi pratiquée, nous a semblé comporter deux avantages intéressants que nous allons étudier successivement.

1° Elle facilite et augmente le mouvement d'ascension de bas en haut du cæcum, ce que l'on recherche précisément dans de tels examens.

2° Elle facilite la recherche et la localisation des points douloureux.

HISTORIQUE

L'étude radiologique de la région cæco-appendiculaire a fait l'objet de nombreux travaux, mais nous n'avons trouvé que peu d'auteurs qui utilisent systématiquement l'examen en position renversée, dite de Trendelenburg. Le plus souvent les radiographes emploient successivement la position debout puis la position couchée.

Un article de MM. Paul Jacquet et Jean Serrand, paru dans le *Paris-Médical* (7 avril 1928, p. 320. Exploration radiologique du cæcum en position renversée) a appelé notre attention sur ce mode d'exploration, insuffisamment utilisé de façon habituelle, et c'est dans cet article que nous avons puisé le sujet de cette thèse.

Cependant, nous devons signaler que M. Estor, dans une thèse de Montpellier de 1927 (Etude clinique et radiologique de l'appendicite chronique) a proposé, sans y insister spécialement, d'examiner l'appendice en position de Trendelenburg.

Voici ce qu'il écrit : « A ces deux positions fondamentales, la position verticale et la position horizontale, il nous paraît très utile d'associer l'étude radiologique en position de Trendelenburg.

Nous devons signaler également un article de M. Colaneri, paru dans « Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie de France, 1907 », article intitulé : Position de choix pour le diagnostic radiologique du syndrome iliaque droit.

Voici ses conclusions :

« Avantages de la méthode (il s'agit de l'exploration radiologique en position renversée :

« 1° La dissociation des segments iléo-appendiculaire est rendue plus facile ;

« 2° Les degrés de fixité de ces segments sont plus nettement reconnus ;

« 3° Les degrés de mobilité passive sont mieux précisés ;

« 4° Les degrés de mobilité active sont mieux établis ;

« 5° Le point douloureux est exactement suivi et repéré ;

« 6° L'appendice est plus visible ;

« 7° La longueur de l'appendice est mieux mesurée ;

« 8° Les contours des organes sont plus nets. »

D'autre part, M. Bécère a apporté à cet article les commentaires suivants, faisant comme nous certaines restrictions :

« De par notre expérience, la position de Trendelenburg ne nous a jamais permis, par elle-même, de trancher par la négative ou l'affirmative dans la question posée d'adhérences possibles du fond cæcal. Les examens dans le décubitus latéral gauche nous paraissent bien préférables. »

Il est malheureusement vrai de dire que, dans la plupart des cas, le matériel mis à la disposition des radiologues s'op-

pose à ces recherches. Il existe très peu de tables radiologiques permettant l'inclinaison des malades en Trendelenburg.

La position de Trendelenburg a l'avantage de permettre d'apprécier au maximum la mobilité d'un cæcum déjà examiné en station verticale ; grâce à elle, un appendice pelvien ou fortement ptosé est ramené vers le diaphragme et de ce fait rendu visible à l'examen. Il faut malgré tout reconnaître que la plupart des médecins considèrent la position de Trendelenburg comme une position de contrôle et ne l'emploient pas systématiquement dans les cas soumis à leur examen. »

Sur 76 radiologues interrogés par M. Estor, 36 seulement utilisaient la position de Trendelenburg au cours de leurs examens.

CHAPITRE PREMIER

L'ascension du cæcum

Nos recherches ont porté sur dix-huit malades; tous ces malades furent examinés par M. J. Serrand, assistant de radiologie à l'hôpital Laënnec. Sur chaque cas nous avons fait des mensurations, nous permettant de mesurer les déplacements du cæcum, déplacements obtenus en faisant passer successivement chaque sujet de la position verticale à la position horizontale, puis de la position horizontale à la position renversée, dite de Trendelenburg.

L'emplacement exact du cæcum a été rigoureusement repéré par rapport au squelette dans ces différentes attitudes. Nos mensurations n'ayant pas été faites en orthodiagramme ne possèdent évidemment qu'une valeur indicative. Elles n'en sont pas moins exactes les unes par rapport aux autres, la cause d'erreur due à l'obliquité de l'écran se retrouvant dans chacun des cas examinés.

Les résultats que nous avons obtenus en prenant la moyenne des chiffres de nos dix-huit observations nous donnent une *ascension de 3 cm. 5 en passant de la position cou-*

chée à la position de Trendelenburg, contre 2 cm. 5 en passant de la position debout à la position couchée.

Nos observations se répartissent en quatre groupes :

PREMIER GROUPE :

C'est ici le plus important, car il réunit les deux tiers des cas, c'est-à-dire les douze premières observations.

Dans ce groupe, l'ascension du cæcum a commencé en passant de la position verticale à la position horizontale et s'est continuée en position renversée,

DEUXIÈME GROUPE :

Comprend un neuvième des cas examinés (observations XIII et XIV).

Chez ces deux malades, le cæcum, qui n'avait éprouvé aucun mouvement d'ascension en passant de la position verticale à la position horizontale, s'est élevé très sensiblement à l'instant où l'on basculait le sujet pour le mettre dans la position renversée.

Chez ces deux malades, nous avons noté une ascension de cinq centimètres.

Chez l'un d'eux, M. Ch..., l'examen fut particulièrement instructif.

Il s'agissait d'un malade qui souffrait depuis quelque temps d'une douleur nettement localisée à la fosse iliaque droite.

A l'examen, nous avons trouvé un point douloureux rigoureusement localisé dans l'angle iléo-cæcal, sans variations quant au siège, en passant de la position verticale à l'horizontale. En plus, il existait des phénomènes légers, mais nets, de psoïtis à droite.

Un diagnostic d'appendicite semblait s'imposer.

En examinant notre malade en position renversée, nous constatâmes que le point douloureux demeurait fixe, bien que le cæcum s'en écartât largement. Un cliché fut pris dans cette position qui permit de reconnaître que le point sensible répondait exactement à deux petits ganglions calcifiés de la bifurcation de la chaîne iliaque, demeurés douloureux à la suite d'une poussée légère de colite survenue quelque temps auparavant.

TROISIÈME GROUPE :

Comprend un dix-huitième des cas. Observation XV.

Le cæcum s'étant élevé de deux centimètres en position couchée, n'a pas continué son ascension en position renversée.

QUATRIÈME GROUPE :

Comprend un sixième des cas. Observations XVI, XVII et XVIII.

Chez ces trois malades, il n'a été noté aucun déplacement en hauteur de l'image cæcale, au cours des diverses attitudes que nous avons successivement données aux sujets.

Nous ignorons s'il s'agissait d'une fixité normale ou pathologique du cæcum, car selon ses modes d'attache, le cæcum peut être variable, tantôt sessile et fixé à la paroi, tantôt jouissant d'une très large mobilité.

Il est bien évident que l'exploration radiologique du cæcum en position de Trendelenburg ne permet pas à elle seule de résoudre le difficile problème que pose l'apparence fixée de l'image cæcale. Nous ne voulons pas non plus demander à la méthode davantage qu'elle ne peut donner.

à la méthode davantage qu'elle ne peut nous donner et nous nous rattachons à l'avis de M. Béclère (voir historique p. 14).

DISCUSSION

Il est probable que chez la plupart de ces malades le poids de la substance opaque qui injecte le cæcum, joue un rôle important.

Dans le décubitus horizontal, le cæcum injecté est soulevé par le relief du détroit supérieur et se situe au-dessus de lui en bissac. La fosse iliaque, disposée horizontalement, constitue un support normal au côlon ascendant. Le cæcum, s'il est légèrement ptosé et lourdement chargé, agit comme un contre-poids, maintenant l'organe dans le petit bassin. En effet, celui-ci, du fait de la concavité sacrée, demeure entièrement déclive par rapport à la fosse iliaque dans la position horizontale.

Par l'inclinaison du corps en arrière, au contraire, la dé-

clivité pelvienne cesse d'exister ; le cæcum ne joue plus son rôle de contre-poids, il prend maintenant la déclivité inverse, c'est-à-dire qu'il s'incline vers l'abdomen, et la paroi pelvienne rejette toute la charge du côté de la fosse iliaque.

Chez beaucoup de malades, il est intéressant de noter, en dehors de l'élévation parfois assez considérable du cæcum obtenue par ces différentes positions, la facilité avec laquelle on mobilise cet organe à la main ou au disticteur, quand le sujet est mis en position de Trendelenburg.

Chez certains sujets, le cæcum prend une position indifférente en Trendelenburg, car il n'est plus sollicité par aucune force attractive, et la main qui le palpe peut le mobiliser jusqu'à l'extrême limite de la tension des mésos.

Du fait de la disparition de la déclivité pelvienne, le cæcum ne joue plus son rôle de contre-poids, le grêle quitte sa place et se tasse vers l'étage supérieur de l'abdomen. Il est alors très facile d'atteindre le cæcum et de lui imprimer des mouvements de déplacements étendus et en tous sens.

Notons une particularité intéressante dans l'observation II.

Mlle Bar... Chez cette malade depuis longtemps bacillaire, suspecte en outre d'appendicite, le cæcum était peu mobilisable en position d'examen. L'ascension n'avait été que de deux centimètres, en passant de la position verticale à la position horizontale. Par contre, en plaçant la malade en position de Trendelenburg, nous avons vu se produire une as-

cension subite et très forte de dix centimètres de la partie renflée du cæcum. En même temps, il se produisait en un point de l'ombre cæcale un diverticule digitiforme de l'organe, ce qui indiquait l'existence d'une adhérence localisée, adhérence qui fixait en un point du bassin le cæcum, par ailleurs très mobile.

Si l'on fait la moyenne des chiffres ainsi relevés dans les dix-huit observations, on constate que *le chiffre d'ascension moyenne du cæcum, obtenu en passant de la position couchée à la position renversée, est plus fort en moyenne que celui obtenu en passant de la position debout à la position horizontale.*

Comme nous le disions précédemment, il a été de 3 cm. 5 en position de Trendelenburg contre 2 cm. 5 dans la position couchée.

Ceci montre suffisamment l'intérêt que présente cette méthode d'examen en ce qui concerne l'élévation du cæcum.



LÉGENDE DU SCHÉMA

R — Renversé.

C — Couché.

D — Debout.

Schéma indiquant l'ascension moyenne du cæcum en passant successivement de la position debout à la position couché et à la position renversée

Ces résultats ont été obtenus en faisant la moyenne des chiffres de nos dix-huit observations.

De R à C nous avons 3cm5

De C à D nous avons 2cm5

OBSERVATIONS	DEBOUT	COUCHÉ	RENVERSÉ	Ascension totale en cm.
I M ^{me} Pel...	le cæcum est inaccessible le cæcum est à 1 cm au- dessous de la grande é- chancrure sciatique	+ 5 cm.	+ 4 cm.	9 cm.
II M ^{lle} Bar...		grande échancrure scia- tique + 2 cm.	+ 10 cm.	12 cm.
III M. Val...	le fond du cæcum est à 1 cm. au-dessus du bord supérieur de la sym- physe pubienne	le fond du cæcum re- monte de 3 cm. et répond à l'aileron sacré.	le cæcum remonte de 3 cm., répond à la partie toute supérieure de la fosse iliaque.	6 cm
IV M ^{lle} Chap...		ascensio, de 2 cm.	le fond du cæcum s'élève de 6 cm. remontant à 1 cm au-dessous de la crête iliaque.	8 cm.
V M. Blond...	cæcum bas situé.	+ 5 cm.	+ 2 cm.	7 cm.
VI M ^{lle} Foug.		le fond du cæcum re- monte au bord inférieur de l'articulation sacro- iliaque + 7 cm.	le fond du cæcum re- monte tout en haut de la fosse iliaque + 6	13 cm.
VII M ^{lle} Rous...	le fond du cæcum est à 1 cm. au-dessus de la branche horizontale du pubis	+ 1 cm.	+ 4 cm	5 cm.
VIII M. Damp...		+ 3 cm.	+ 5 cm	8 cm.
IX M ^{lle} Col...		le fond du cæcum re- monte à 1 cm. au-dessous du rebord inférieur de l'aileron sacré + 10	le fond du cæcum est à 2 cm. au-dessous de la crête iliaque + 6	16 cm.
X M ^{lle} Hus...	Bas fond cæcal à 2 cm. au-dessous de l'aileron sacré	1 cm.	1 cm. 5	2,5
XI M ^{lle} Beul...		le bas-fond cæcal est si- tué à 1 cm. au-dessus de l'aileron sacré + 3 cm.	bas fond cæcal remonte de 1 cm. 5 et se trouve à 3 cm au-dessus de la crête iliaque + 4 cm.	7 cm.
XII M. Nord...	le cæcum ne se déplace pas	+ 4 cm.	+ 2 cm.	6 cm.
XIII M. Ch...		le cæcum ne se déplace pas	le cæcum ne se déplace pas + 5 cm.	5 cm.
XIV M ^{lle} Cl...	le cæcum ne se déplace pas	le cæcum ne se déplace pas	+ 5 cm.	5 cm.
XV M ^{me} M...	le cæcum ne se déplace pas	2 cm.	ne s'élève plus.	2 cm.
XVI M ^{lle} Lap...		le cæcum ne se déplace pas	le cæcum ne se déplace pas.	
XVII M ^{me} Ke...	ici le cæcum semble être à peu près fixé quelles que soient les positions	bas fond cæcal à 2 cm.	le cæcum ne se déplace pas	2 cm.
XVIII M ^{lle} Rol.		au-dessus du bord supérieur du pubis et en position invariable aussi bien en position debout, couché ou Trendelenburg.		2 cm.

CHAPITRE II

Recherche et localisation des points douloureux

L'exploration du cæcum en position renversée nous est apparue d'autre part comme un procédé éminemment favorable à la recherche et à la localisation des points douloureux de la fosse iliaque droite, et ceci par le fait d'un double processus.

Par suite de l'amplitude particulière des déplacements de l'image cæco-appendiculaire que l'on peut obtenir par cette méthode d'examen, il est plus facile de déterminer si un point douloureux exactement localisé à la pression profonde, soit à la main, soit au distincteur, répond au tractus digestif ou est indépendant de lui.

Lorsque le point douloureux répond à un organe fixe, en effet ce point est immuable, quelles que soient les attitudes données au sujet. Il contraste d'autre part avec les topographies variables de l'image iléo-cæcale et ce contraste est d'autant plus frappant que le déplacement de l'image se fait avec une plus grande amplitude.

La méthode d'examen que nous préconisons ne permet pas de préciser s'il s'agit d'un point ganglionnaire, urétérique ou autre, mais elle donne le droit d'affirmer avec plus de précision la localisation extra-intestinale de la douleur et le fait à son importance.

Un autre intérêt en ce qui touche à l'étude des phénomènes douloureux à localisation intestinale, c'est la facilité et la précision avec lesquelles elle permet de déterminer l'existence de ces points sensibles et d'en apprécier en quelque sorte le degré de sensibilité. Dans le décubitus horizontal, à plus forte raison dans la position verticale, le cæcum fuit dans la cavité pelvienne et il est difficile de le comprimer sur un plan résistant. D'autre part, il est matelassé en avant par la masse du grêle qui descend devant lui dans le petit bassin. Bien souvent alors, pour ces diverses raisons, dans les positions précitées, la région cæco-appendiculaire ne répond que de façon confuse aux pressions douloureuses.

En position renversée, au contraire, le cæcum a tendance à remonter, et repose le plus souvent, comme nous le disions précédemment, sur le plan musculaire de la fosse iliaque; les pressions s'exercent alors normalement à sa surface et sur un plan résistant. A ce moment et du fait seul de l'attitude donnée aux sujets, il arrive quelque chose de comparable à ce qui se produit lorsque l'on explore l'appendice en faisant exécuter au malade un mouvement de demi-flexion

de la cuisse dans le but de contracter et de durcir le plan musculaire sous-jacent.

Par le fait de l'attitude renversée donnée au sujet d'autre part, les organes adventices qui masquaient en avant les organes cæco-appendiculaires glissent vers le haut de l'abdomen, privant les organes sensibles de leur matelas amortisseur. L'iléon lui-même, entraîné par la déclivité, s'écarte du cæcum, ouvre largement l'angle iléo-cæcal et met nettement à nu la zone d'implantation normale de l'appendice. Il en résulte que, dans la position renversée, la sensibilité est beaucoup plus grande à la pression de la région cæco-appendiculaire que dans la position debout ou dans la position couchée, tout au moins dans le cas où cette région du tractus digestif est douloureuse à la pression.

Il peut arriver, en effet, que la pression ne réveille qu'une sensibilité obtuse, voire même discutable, dans la position verticale et dans la position horizontale, alors que, dans la position renversée, se révèle l'existence d'une vive sensibilité.

Nous avons eu d'autre part l'impression très nette, que cette augmentation de la sensibilité à la pression dans la position renversée, se voyait surtout chez des sujets à région cæco-appendiculaire sensible, et que, cette exacerbation de la douleur en fonction de l'attitude ne s'appliquait pas aux points douloureux à localisation extra-intestinale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dyspepsie chez une tuberculeuse

Mme Pel... atteinte depuis un certain temps de tuberculose pulmonaire, vient consulter pour des troubles gastriques.

La malade se plaint de digestions lentes accompagnées fréquemment de malaises gastralgiques et de diarrhées prandiales.

La malade accuse, en outre, l'existence d'un point douloureux profond nettement localisé dans la fosse iliaque droite.

Migraines fréquentes.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Ptose gastro-colique

En position debout :

Le cæcum est en position pelvienne masqué par le pubis et inaccessible à la palpation.

En position couchée :

Il remonte de cinq centimètres et devient accessible.

En position renversée ou de Trendelenburg :

Il remonte de quatre centimètres (neuf centimètres d'oscillation totale).

Le point douloureux est extra-intestinal et répond profondément au plan osseux du bassin à la hauteur de l'articulation sacro-iliaque.

La zone appendiculaire n'est pas douloureuse.

OBSERVATION II

Adhérences cæcales chez une tuberculeuse

Mlle Bar... malade traitée par un double pneumothorax pour une tuberculose pulmonaire bilatérale.

Après le petit déjeuner du matin, la malade est habituellement prise de nausées avec vomissements survenant indépendamment de tout effort de toux.

La malade se plaint, en outre, de douleurs siégeant au creux épigastrique survenant fréquemment. La malade constipée habituellement présente des diarrhées menstruelles.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE.

Pneumothorax double, complet à gauche, apexien seulement à droite.

Estomac :

Transit accéléré dans le transverse avec remplissage bipolaire. La moitié du repas remplissant le cæcum, le côlon, l'iléon; l'autre moitié l'ampoule rectale.

Position debout :

Le cæcum se trouve à un centimètre au-dessous de la grande échancrure sciatique.

Position couchée :

A un centimètre au-dessus d'elle, soit un déplacement vertical de deux centimètres.

En Trendelenburg :

La partie renflée du cæcum subit une très forte ascension de dix centimètres en même temps que se produit en un point de l'ombre cæcale un diverticule d'une longueur équivalente ayant la forme et le volume de l'index.

OBSERVATION . III

Appendicite chronique probable

Mlle Val... Malade venant consulter pour des phénomènes de gastro-entérite subaiguë, d'origine infectieuse. Depuis longtemps, la malade souffre de troubles digestifs vagues avec phénomènes migraineux accompagnés de vertiges.

À la palpation, on constate la présence d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Transit gastro-grêle normal.

Ptose gastrique ; hypersécrétion légère.

Debout :

Le fond du cæcum est à un centimètre au-dessus du

bord supérieur de la symphyse pubienne.

Mobilité cæcale normale à la palpation.

Douleur à la palpation profonde, située à la jonction du cæcum et du côlon ascendant.

Couchée :

Le fond du cæcum remonte de trois centimètres et répond sensiblement au bord supérieur de l'aileron sacré.

Position de Trendelenburg :

Le cæcum remonte encore de trois centimètres et répond à la partie toute supérieure de la fosse iliaque.

Ascension totale : six centimètres.

Le point douloureux a suivi exactement les déplacements de l'ombre cæcale. Il est plus vif dans cette dernière position que dans les autres attitudes.

OBSERVATION IV

Dyspepsie chez une tuberculeuse — Point appendiculaire

Mlle Chap... Tuberculeuse pulmonaire depuis quatre ans. Soignée depuis quinze mois par pneumothorax.

Crises dyspeptiques intermittentes, diarrhée, vomissements.

Digestions lentes de façon habituelle.

Point douloureux dans la fosse iliaque droite.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Transit accéléré. Estomac normal.

En position couchée : le cæcum remonte en haut et à droite de deux centimètres dégageant le défilé ilio-cæcal.

Mobilisation très aisée de toute cette région qui paraît complètement libre.

En position de Trendelenburg : le fond du cæcum s'élève de six centimètres remontant à un centimètre au-dessous de la crête iliaque.

Le point douloureux répond à la région appendiculaire et le suit dans ses déplacements.

Appendice non visible.

OBSERVATION V

M. Blond...

Pas d'observation clinique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Position couchée :

Le cæcum subit une ascension de cinq centimètres.

Trendelenburg :

Ascension du cæcum de deux centimètres.

Ascension totale : sept centimètres.

OBSERVATION VI

Ptosique

Mlle Fourg... Digestion pénible de façon habituelle.

Vertiges, nausées, migraines par période.

Battements épigastriques.

Point douloureux vif à la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

Rien de génital.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Grande ptose gastrique avec atonie et étirement de la partie moyenne de l'organe.

Poche à air volumineuse.

Aérocolie de l'angle splénique.

Mouvements de brassage importants dans la deuxième portion du duodénum, avec stagnation de la bouillie barytée à l'angle de la D² et D³.

Debout :

Cæcum bas situé, facilement mobilisable. Les manœuvres de mobilisation réveillent une légère sensibilité cæcale.

Couchée :

Le fond du cæcum remonte au bord inférieur de l'articulation sacro-iliaque (+ 7).

Trendelenburg :

Le fond du cæcum remonte tout en haut de la fosse iliaque (+ 6). La zone douloureuse répond au cæcum et le suit dans ses déplacements.

OBSERVATION VII

Appendicite et cholécystite

Mlle Rous... Crise d'appendicite il y a six ans. Point appendiculaire net et permanent.

Point vésiculaire douteux et intermittent.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Légère ptose gastrique. Stase barytée dans les trois premières portions du duodénum.

Refoulement sur la gauche de la région pylorique.

Pas de point douloureux dans cette région.

Léger retard du transit iléal.

Ptose cæcale. Le cæcum s'élève d'un centimètre en passant de la position debout à la position couchée et de quatre centimètres en passant de la position couchée à la position de Trendelenburg (ascension totale : cinq centimètres).

Point douloureux répondant au défilé iléo-cæcal et le suivant exactement dans ses déplacements.

OBSERVATION VIII

M. Damp...

Pas d'observation clinique, simple repérage radiologique.

Position couchée :

Ascension du cæcum de trois centimètres.

Trendelenburg :

Ascension du cæcum de cinq centimètres.

Ascension totale : huit centimètres.

OBSERVATION IX

Etat neurasthénique

Mlle Col... Dyspepsie gastrique, sans caractères nets.

Pyrosis. Tendance diarrhéique.

Sensibilité colique assez vive surtout dans la fosse iliaque droite.

Battements aortiques très marqués, se continuant jusque sur les iliaques.

Nervosité, pas de Basedow caractérisé.

Point douloureux répondant au fond du cæcum qu'il suit dans ses déplacements.

Debout :

Le fond du cæcum est à un centimètre au-dessus de la branche horizontale du pubis.

Couchée :

Le fond du cæcum remonte à un centimètre au-dessous du rebord inférieur de l'aileron sacré (+ 10 centimètres).

Trendelenburg :

Le fond du cæcum est à deux centimètres au-dessous de la crête iliaque (+ 6 centimètres).

Ascension totale : 16 centimètres.

OBSERVATION X

Coliques néphrétiques

Mlle Hus... Crises douloureuses poraxystiques occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit avec irradiations vésicales.

Au moment de l'examen, douleurs vives spontanément et à la palpation, dans la fosse iliaque droite. Envies fréquentes d'uriner.

Utérus en rétroversion et douloureux au toucher.

Affection urétérique probable.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Estomac normal.

Transit dans les délais normaux.

En position debout : cæcum haut situé, non dilaté ; appendice invisible. Sensibilité à la pression à un centimètre au-dessus du fond du cæcum.

Décubitus dorsal. Le fond du cæcum remonte d'un centimètre. Le point douloureux est fixe et nettement situé maintenant au-dessous du bas fond cæcal.

En position de Trendelenburg : le fond du cæcum s'élève d'un centimètre et demi.

Le point douloureux n'a pas changé de plan.

OBSERVATION XI

Dyspepsie et métrite

Mlle Beul... Malade pâle. Accuse des pesanteurs gastriques, des digestions lentes. Etat nauséux fréquent. Pas de points douloureux à l'exploration de l'abdomen.

Eréthisme cardiaque.

Métrite.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Debout :

Bas fond cæcal à deux centimètres au-dessous de l'aileron sacré.

Couchée :

Bas fond cæcal remonte de six centimètres.

Bas fond cæcal à un centimètre au-dessus de l'aileron sacré.

Trendelenburg.

Bas fond cæcal remonte d'un centimètre et demi.

Bas fond cæcal à trois centimètres au-dessous de la crête iliaque.

Pas de point douloureux cæco-appendiculaire.

OBSERVATION XII

Ptose colique

M. Nord... Tuberculose pulmonaire. Endolorissement habituel du cadre colique avec crises entéralgiques intermit-

tentes. Constipation habituelle. Nausées. Boudin dur et douloureux dans la fosse iliaque droite.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Ptose du côlon droit. Transit normal.

Cæcum mobile.

Debout :

Derrière la branche horizontale du pubis.

Couché :

Remonte de quatre centimètres.

Trendelenburg :

Remonte de deux centimètres (six centimètres d'élévation).

Le point douloureux situé au-dessus du pubis et qui se profilait en position debout sur l'image cæcale est fixé et ne suit pas le cæcum dans ses déplacements.

OBSERVATION XIII

Psoïtis

M. Ch..., âgé de 56 ans, a présenté quelque temps avant de venir nous consulter une légère crise de colite qui a duré environ trois semaines.

Le malade quoique étant actuellement guéri de cette colite, se plaint d'une sensibilité anormale siégeant dans la fosse iliaque droite et répondant cliniquement, exactement à la région appendiculaire. Au repos, le malade se plaint d'une simple gêne.

A la palpation profonde on réveille une vive douleur. Il existe, en outre, un léger degré de psoïtis du côté droit se manifestant par une recrudescence de la gêne déterminée par l'hyperextension provoquée ou spontanée de la cuisse. La sensibilité anormale se calmant par la position demi fléchie de la cuisse.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE.

Examiné successivement en position debout et couché, le cæcum ne se déplace pas, et le point douloureux répond exactement à la région cæco-appendiculaire.

Le diagnostic d'appendicite pourrait se confirmer, mais l'examen en position de Trendelenburg montre une élévation de cinq centimètres du cæcum; le point douloureux par contre n'a pas changé de position.

Un cliché pratiqué en cette position après repérage exact du point douloureux montre que celui-ci répond exactement à deux petits ganglions calcifiés.

La guérison spontanée de cette sensibilité ganglionnaire se fit en quelques semaines. Aucun phénomène douloureux permettant de suspecter une appendicite ne se reproduisit au cours de l'année suivante.

OBSERVATION XIV

Solarite

Mlle Cl... Malade relevant d'infection grippale avec troubles intestinaux. Langue saburrale. Epigastralgie vive.

Sensibilité à la pression dans la région du cæcum et dans l'angle splénique du côlon.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Pas de particularités à noter en ce qui concerne l'estomac et l'intestin, sauf une zone douloureuse vive au bas de la fosse iliaque.

En passant de la position debout à la position couchée, le fond du cæcum demeure immobile et la zone douloureuse répond au cæcum.

En position de Trendelenburg, le fond du cæcum remonte de cinq centimètres. La zone douloureuse par contre reste fixe.

OBSERVATION XV

M. M...

Pas d'histoire clinique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Cæcum très peu mobile, s'élève de deux centimètres en passant de la position debout à la position couchée, ne s'élève pas davantage en Trendelenburg.

Point douloureux répondant au côlon transverse ptosé et le suivant dans ses déplacements.

OBSERVATION XVI

Crises douloureuses gastriques de nature indéterminée

Mlle Lap...

Pas de points douloureux abdominaux.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Ptose gastrique

Aspect légèrement festonné des contours du bulbe (péri-duodénite ?).

Le fond du cæcum situé près de la branche ischio-pubienne reste fixe dans le décubitus dorsal même en position de Trendelenburg.

Pas de sensibilité à la pression du cæcum.

OBSERVATION XVII

Colite

Mme Kl... Cette malade a toujours été une grande constipée. Cette constipation cédant au moment des règles, qui sont irrégulières.

Fosse iliaque droite sensible.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE : négatif.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Transit légèrement accéléré

Ptose cæcale.

Vive sensibilité sur toute l'ombre cæcale avec sensibilité équivalente sur le côlon iliaque gauche.

La position du cæcum est à peu près fixée malgré les changements d'attitude.

En position debout, le fond du cæcum répond à la branche horizontale du pubis.

Dans le décubitus dorsal et en Trendelenburg, il n'a pas tendance à s'élever.

OBSERVATION XVIII

Typhlocolite

Mlle Rol... Malade, qui depuis dix ans déjà, souffre d'un psoïtis intermittent siégeant du côté droit.

A la palpation, on constate l'existence d'une tuméfaction instable et peu douloureuse située dans la fosse iliaque droite, d'origine vraisemblablement stercorale.

La malade a toujours été une grande constipée; elle n'a jamais eu de crises d'appendicite.

La malade présente, en outre, une tuberculose pulmonaire discrète et non évolutive.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Estomac hypokinétique.

Transit intestinal normal.

Bas fond cæcal à deux centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis et en position immuable aussi bien en position debout que couchée ou renversée.

La palpation profonde ne permet pas de le mobiliser dans aucune de ces positions.

Douleurs diffuses en toutes attitudes, à la pression profonde répondant au bas fond cæcal.



CONCLUSIONS

La position de Trendelenburg facilite grandement l'ascension spontanée de la région cæco-appendiculaire, dans les cas, tout au moins, où il n'y a pas fixité physiologique ou pathologique de cette région de l'intestin.

Le déplacement vertical obtenu en renversant le sujet préalablement étendu est plus important, le plus souvent, que celui auquel on parvient en faisant étendre le malade après l'avoir examiné debout.

La mobilisation du cæcum à la main ou au disticteur s'effectue avec une facilité plus grande et dans les limites plus étendues en position renversée qu'en toute autre position.

La sensibilité à la pression de la région cæco-appendiculaire, lorsque celle-ci est douloureuse, est plus vive et plus nette en position renversée que dans l'attitude debout ou simplement étendue.

Donnant plus d'amplitude aux mouvements d'ascension

spontanée du cæcum, facilitant et rendant plus efficaces les manœuvres de mobilisation, rendant plus vive et plus précise la perception des points douloureux, l'exploration radiologique en position renversée apporte une précision plus grande dans la recherche et la localisation exacte des points douloureux de la fosse iliaque droite et permet d'aborder, avec moins de chances d'erreur, le difficile problème de l'état fixé ou non fixé de la région cæcale.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*
H. ROGER. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
ASCENSION DU CÆCUM	15
TABLEAU ET SCHÉMA	21-22
RECHERCHE ET LOCALISATION DES POINTS DOU- LOUREUX	23
OBSERVATIONS	27
CONCLUSIONS	42
